



UC/FPCE_2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Qualidade de Vida em Atletas de Alta Competição: Uma análise exploratória

João Carlos de Lima e Silva Arruda (e-mail:
joaocarlosarruda@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento sob a orientação de Professor Doutor Eduardo João Ribeiro Santos

Qualidade de Vida em Atletas de Alta Competição: Uma análise exploratória

Resumo: O presente estudo têm como objetivo compreender a melhor maneira de recolher informação sobre a percepção da Qualidade de Vida (QdV) numa população de atletas de alta-competição. Mais especificamente pretende-se verificar se, numa população de atletas de futebol profissional, a recolha de informação através do instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a QdV na sua versão mais breve (WHOQOL-Bref), validado para a população portuguesa, é uma boa metodologia de investigação neste género de população e quais serão os procedimentos mais correctos para a sua aplicação. Para tanto recorreu-se a uma amostra de 40 sujeitos, sendo que 20 provêm de um clube profissional de futebol que à data militava na mais alta divisão do Campeonato Português e 20 provêm de um clube de futebol amador, que à data militava numa divisão distrital do Campeonato Português. Da aplicação conclui-se que é necessário rever os procedimentos de aplicação, sendo interessante efectuar um Estudo-Piloto qualitativo de validação e adaptação do instrumento para esta população específica.

Palavras chave: Atletas de alta competição, Qualidade de Vida, WHOQOL-Bref.

Quality of Life Athletes in High Competition : An exploratory analysis

Abstract: The aim of this study is to understand the best way of collecting information about the Quality of Life (QOL) perception in a population of top-level athletes. In particular, we want to verify if the brief version of the instrument of the World Health Organization (WHO) that evaluates the QOL (WHOQOL-Bref), which was validated for the Portuguese population, can be applied on a population of professional soccer players, and what are the best procedures to apply it. For that, we appeal to a sample of 40 subjects: 20 from a professional soccer team of the first division of the Portuguese league; and 20 from an amateur soccer team of a regional division of the Portuguese league. With these applications we can conclude that the procedure must be adjusted and it could be interesting to do a qualitative pilot study to validate and adapt the instrument for this specific population.

Key Words: Top-level athletes, Quality of Life, WHOQOL-Bref.

Agradecimentos

Desejo aqui expressar o meu mais sincero agradecimento ao Professor Doutor Eduardo João Ribeiro Santos pela sua imensa confiança e fé nas minhas capacidades, que se traduziu num incentivo imediato a qualquer empreendimento que sugeri, estando sempre disponível para encontrar soluções normais ou criativas aos diferentes problemas que pudessem surgir. Agradeço ainda as oportunidades que disponibilizou e facilitou para o meu futuro pessoal, quer através de um caminho de formação científica, quer de formação profissional, onde foi um mentor.

Agradeço ao Professor Doutor Joaquim Armando Gomes Alves Ferreira a sua argúcia e astúcia com que me desafiou no início deste percurso. O seu desafio fora uma força com que pude enfrentar as situações que vieram a apresentar-se ao longo deste trabalho.

Agradeço a todos que com a sua disponibilidade e simples boa vontade contribuíram para a realização deste trabalho. Rita “Minhoca” Pereira, Nuno Teixeira, Vitor Ortuño e Rui Mamede, este trabalho nunca seria concluído sem os momentos que me dedicaram.

Dedico o meu mais profundo agradecimento aos participantes deste estudo. Apenas a sua disponibilidade e confiança permitiu o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço ao meu colega e amigo, com quem partilhei as agruras e felicidades ao longo deste percurso e que igualmente contribuiu para este trabalho, Tiago Sousa. Deixo aqui os meus desejos de felicidade para o futuro dele, sabendo que fiz parte do seu percurso com muito orgulho.

Agradeço a todos que com palavras ou gestos apoiaram os meus esforços, especialmente a vocês, Tiago Cabral, João Oliveira e Pedro Belo.

Relembro todos aqueles que pelas dificuldades que apresentaram ajudaram a superar-me. Os vossos desafios ensinaram-me que sou capaz ajudando-me a crescer e por isso agradeço-vos.

Finalmente, agradeço à minha família. À minha mãe pela sua compaixão interminável e fé inabalável, ao meu pai pelo seu exemplo e preocupação, só a vossa calma e paciência, que muito testei, permitiu-me concluir este percurso. Aos meus avós, que ansiosamente esperaram pelo meu futuro. Aos meus tios, tias, primos, primas, pelo amor, carinho que direta e indiretamente demonstraram.

Uma palavra especial para quem me fez voar no amor. Agradeço-te a poesia que lembraste ao meu coração.

Índice

INTRODUÇÃO	1
I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	1
1. O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA	1
2. DESENVOLVIMENTO DOS INSTRUMENTOS WHOQOL DA OMS	2
3. CONTRIBUIÇÕES DO DESPORTO NA QdV E BEM-ESTAR	3
II - OBJETIVOS	4
III - METODOLOGIA	4
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	4
2. INSTRUMENTO	5
3. PROCEDIMENTO	5
IV - RESULTADOS	6
V - DISCUSSÃO	7
VI - CONCLUSÕES	10
BIBLIOGRAFIA	10
ANEXO	13

Introdução

A Qualidade de Vida (QdV) é um conceito importante nos dias de hoje, apesar da sua subjetividade de percepção, conceito e definição. É hoje um dos mais importantes objetos psicológicos investigados. É um conceito que define políticas e baliza medidas de avaliação de desenvolvimento de um país ou população. A OMS (WHO) definiu o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref como instrumentos que poderiam balizar transversalmente a medida deste conceito como objeto psicológico. Contudo estes instrumentos apresentam várias limitações de aplicação, quando apresentados a populações com especificidades muito restritas. As populações de atletas de alta-competição são uma das mais interessantes de estudar pois colocam-se facilmente num ambiente controlado que ajuda a identificar e a medir diferentes variáveis, que noutros ambientes dificilmente podem ser manipuladas e observadas regularmente ou ciclicamente. Estes tipos de populações são normalmente muito interessantes de investigar pois são continuamente submetidas a condições extremas e que permitem extrapolar e antecipar comportamentos e funções psicológicas do ser humano. Contudo são populações que apresentam frequentemente vários desafios para a recolha de informação. Nesse sentido é objetivo explorar a melhor forma de recolher a medida da percepção de Bem-estar que é a Qualidade de Vida, junto deste atletas, com o objetivo de desenvolver uma metodologia e protocolo de investigação eficaz.

I – Enquadramento conceptual

1. O conceito de Qualidade de Vida

Existe uma falta de clareza conceptual do conceito de Bem-estar e Qualidade de Vida, sendo esta uma discussão que é possível remeter na literatura desde dos tempos de Platão até à nossa actualidade como é referido por SERS (2005).

É possível observar um grande volume de literatura que aborda a temática, que passa por artigos académicos de áreas de prestação de cuidados de saúde (desde medicina e enfermagem até às de promoção de saúde). Pode-se verificar igualmente que um grande corpo de literatura é referente a problemas de aprendizagem e incapacidades de outros tipos, incluindo as de saúde mental. A literatura da Psicologia sobre a QdV constitui a maior fatia das análises referentes no plano da saúde mental.

Como refere Gernot Lauer (1999) não há uma definição universalmente aceite do conceito de QdV. Existe contudo um consenso de que a QdV é um construto multidimensional que vai ao encontro de uma perspectiva holística sobre a natureza bio-psico-social do ser humano.

Numa definição aproximada da proposta da OMS (World Health Organization Quality of life Group [WHOQOL Group], 1994) Felce e Perry

(1993) apresenta-se o conceito de QdV “como um fenômeno material e psicológico, como descritores objetivos e avaliações subjetivas de bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais”.

Já na definição proposta por Cummins (1997) QdV é balizada por sete domínios (bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional) mediados em dois eixos: um mais objetivo e outro mais subjetivo, correspondendo à satisfação do indivíduo resultante da importância por ele atribuída a cada um desses domínios.

Como refere Canavarro (2007) o Grupo de QdV da OMS define QdV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Health Organization Quality of Life Group [WHOQOL Group], 1994, p.28), expressando uma concepção abrangente de QdV, que é influenciada complexamente pela saúde física, saúde mental, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (WHOQOL Group, 1995), retratando a essência subjetiva da avaliação que está subjacente ao contexto cultural, social e do meio ambiente em que o indivíduo está inserido.

2. Desenvolvimento dos Instrumentos WHOQOL da OMS

A OMS procurou desenvolver instrumentos que pudessem avaliar o conceito de QdV devido ao crescente interesse na sua definição, pela relevância para a prática clínica e igualmente, devido ao fato de não existir um instrumento de avaliação de QdV com uma perspectiva transcultural e subjetiva.

O projeto WHOQOL foi a resposta da OMS a esta necessidade, que levou ao desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref). Estes foram desenvolvidos por um grupo de peritos internacionais, pertencentes a 15 centros de estudo da QdV da OMS. Este grupo desenvolveu uma metodologia de validação própria, com procedimentos standardizados.

O WHOQOL-100 foi o instrumento resultante dos primeiros trabalhos do projeto (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998a) que levaram mais tarde ao desenvolvimento do WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998b).

O WHOQOL-100 é um instrumento de auto-avaliação da QdV definido por 6 domínios (Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais), constituído por 100 perguntas, organizadas em 24 facetas específicas que compõem os referidos domínios, existindo ainda uma faceta geral (Faceta Geral de QdV) com perguntas relativas à avaliação global da QdV e percepção geral de saúde. Este instrumento apresenta por vezes uma utilização morosa. Com vista a resolver este problema foi desenvolvido o WHOQOL-Bref, permitindo reduzir os tempos de aplicação (Canavarro *et al.*, 2007; Skevintong, Lotfy, & O’Connell, 2004).

O WHOQOL-Bref é composto por 26 itens organizados em 4 domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente) e uma faceta geral (Faceta Geral de QdV) de avaliação da QdV geral e percepção geral de saúde.

Ao observar o desenvolvimento dos instrumentos WHOQOL verifica-se a sua importância na avaliação da QdV refletida nos diferentes aspetos da sua concepção e aplicação. São instrumentos com uma base conceitual bastante fundamentada, que se afastam de medidas baseadas em indicadores sociais da QdV, bem como, de outras medidas tradicionais de QdV relacionadas com aspetos de saúde. O seu carácter transcultural permite ainda a comparação dos resultados em estudos internacionais. Quando se cruzam estes fatos à robustez psicométrica que os instrumentos têm revelado na sua validação e utilização em diferentes culturas, verifica-se porque existe a grande divulgação que os instrumentos da família WHOQOL têm tido, sendo dos instrumentos mais utilizados atualmente para avaliar a QdV.

Finalmente importa destacar o bom desempenho psicométrico do WHOQOL-100 e do WHOQOL-Bref em Portugal que confirmam a capacidade destes instrumentos para avaliar a QdV neste país (Canavarro *et al.*, 2007).

3. Contribuições do desporto na QdV e bem-estar

Existe uma literatura limitada nas abordagens de QdV e bem-estar relacionadas com o desporto.

A definição de QdV não existe como uma definição de conceito interdisciplinar comum e é normalmente cruzada com terminologia de QdV do âmbito da Saúde e são estudos normalmente relacionados com as condições psicológicas referentes ao controlo e *coping* da doença ou lesão. De referir ainda que normalmente não existe uma tentativa de definir o conceito de QdV ou bem-estar, presumindo que os termos são conhecidos e compreendidos e que os métodos de medição providenciam uma definição implícita.

Na revisão da literatura só nos estudos especificamente relacionados com desporto começamos a encontrar QdV definida e discutida em relação com outros domínios de QdV como relações interpessoais, autodeterminação, direitos e inclusão social, mas sempre de forma limitada devido à parca literatura existente, como refere SERS (2005).

Em geral os autores e literatura referem a prática de desporto e exercício como importante para a QdV mas nunca se verificou nenhuma relação de causalidade claramente demonstrada e quando se analisa o envolvimento positivo de adultos no desporto como um fator traduzido em benefícios psicológicos e sociais, a pesquisa apresenta-se com limitações pois não analisa a prática contínua e os seus efeitos na percepção de QdV. Desta análise fica clara a necessidade de estudos longitudinais que abordem esta temática.

II - Objetivos

De acordo com a revisão da literatura, julga-se ser útil verificar como recolher informação sobre a Qualidade de Vida em atletas de alta-competição, em particular em atletas de futebol profissional e especificamente com o instrumento WHOQOL-Bref. da OMS.

Questões de investigação:

1. É o WHOQOL-Bref. um instrumento aplicável numa população de atletas de futebol profissional.
2. Que procedimentos se devem usar na aplicação deste instrumento para uma população de atletas de futebol profissional.
3. É necessário validar e adaptar o instrumento para a população de atletas de futebol profissional.

III - Metodologia

1. Caracterização da amostra

Para amostragem foi utilizada a técnica de conveniência, tendo sido cadastrados 20 atletas do sexo masculino, profissionais da equipa sénior do clube de futebol profissional Associação Académica de Coimbra - Organismo Autónomo de Futebol que militavam na 75ª edição do primeiro escalão do campeonato de futebol português e 20 atletas masculinos, federados na equipa sénior de futebol amador do clube Associação Desportiva e Cultural da Adémia como amostra de controlo.

Os atletas da amostra de controlo apresentaram-se todos saudáveis com idades compreendidas entre os 18 anos e os 33 anos com uma média de idades de 24,75 anos, apresentando todos nacionalidade Portuguesa, em que 75% dos sujeitos apresentavam estudos universitários como nível de escolaridade e os restantes 25% apresentavam escolaridade entre o 10º e o 12º ano. Em relação ao estado civil, 35% encontravam-se em união de facto e os outros 65% eram solteiros.

Os atletas profissionais apresentaram-se todos saudáveis com idades compreendidas entre os 21 anos e os 33 anos com uma média de idades de 25,6 anos, sendo que 60% apresentaram nacionalidade Portuguesa e os restantes 40% outras nacionalidades. Dos 8 atletas estrangeiros metade apresentavam nacionalidades de países de língua de expressão portuguesa (Brasil e Cabo-Verde), sendo os restantes oriundos de países africanos e europeus. Ao nível de escolaridade 10% apresentara-se com Formação Pós-graduada, 20% com estudos

universitários, 35% com escolaridade entre o 10º e o 12º ano, 25% com escolaridade entre o 7º e o 9º ano e 10% com escolaridade entre o 5ª e o 6º ano. Em relação ao estado civil, 70% eram solteiros, 15% viviam em união de facto e 15% encontravam-se casados.

2. Instrumento

“Versão em Português Europeu do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)” (cf. Vaz Serra et al., 2006): Este instrumento genérico, multidimensional e de essência transcultural, permite uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (e dos seus quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), podendo ser utilizado em indivíduos saudáveis e não saudáveis da população portuguesa. É constituído por 26 questões, numa escala com cinco opções de resposta, sendo duas questões gerais, relativas à QdV geral e à perceção do estado de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas que constituem a versão longa deste instrumento (WHOQOL-100).

3. Procedimento

Para aplicação do instrumento deste estudo, foi obtido o consentimento oral, tendo sido previamente informado aos participantes da salvaguarda da confidencialidade dos dados do estudo. Em ambos os grupos, os objetivos de investigação foram explicados, salientando o facto da participação ser voluntária e referindo o tratamento dos dados ser de acordo com todas as regras éticas e científicas associadas a estes tipos de investigação.

O instrumento foi administrado ao grupo de atletas amadores no final de um dos últimos treinos da época desportiva, num momento em que os objetivos desportivos para esse ano já tinham sido alcançados. Foi administrado nas instalações do clube, na sala de convívio. O questionário foi auto-administrado por todos os sujeitos. Todos os atletas amadores foram capazes de responder sem problemas, realizando a tarefa num tempo aproximado de 7 minutos. Todos os sujeitos apresentaram-se colaborantes, procurando responder com calma sinceridade.

No grupo dos atletas profissionais, o instrumento foi administrado no final de um dos últimos treinos da época desportiva, quando os objetivos desportivos do grupo para essa época já tinham sido alcançados e superados. Foi administrado nas instalações do clube, nos balneários. O questionário foi auto-administrado pelos sujeitos de nacionalidade portuguesa, sendo assistido ou administrado pelo entrevistador nos sujeitos de nacionalidades estrangeiras. No caso dos sujeitos de nacionalidades com uma língua de expressão diferente da portuguesa, foi necessária a administração do questionário pelo

entrevistador. Os sujeitos originários de países de língua de expressão portuguesa (Brasil e Cabo-Verde) necessitaram da assistência do entrevistador no preenchimento do instrumento. Para os sujeitos em que o questionário foi auto-administrado, a tarefa foi realizada num tempo aproximados de 8 minutos. Nos atletas em que assistência do entrevistador foi necessária, o tempo de realização da tarefa variou aproximadamente entre os 12 e os 15 minutos. Neste grupo existiu alguma relutância em responder, com os sujeitos interessados em realizar a tarefa o mais rapidamente possível, de forma a poderem deslocar-se para casa. Existiu ainda uma procura de comparação das respostas dos colegas, por parte de vários sujeitos, condicionando as suas respostas.

A análise dos dados foi realizada utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciencies*), versão 22 (IBM Corp, Armonk, NY, USA).

IV - Resultados

A consistência interna foi avaliada através do α de Cronbach. Calcularam-se coeficientes de fiabilidade para os domínios. A avaliação através do coeficiente é aceitável, com os domínios variando entre 0.624 (*Faceta Geral de QdV*) e 0.833 (*Psicológico*; cf. *Tabela 1.*)

Tabela 1. – Teste de Fiabilidade α de Cronbach

<i>Domínios de QdV</i>	<i>α de Cronbach</i>
D1 (<i>Físico</i>)	,703
D2 (<i>Psicológico</i>)	,833
D3 (<i>Relações sociais</i>)	,641
D4 (<i>Meio ambiente</i>)	,739
Faceta Geral de QdV	,624

Por se verificarem amostras pequenas (< 30), usou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney para amostras independentes.

Tabela 2. – Classificações (Ranks) em função dos domínios de QdV por grupo

<i>Domínios de QdV</i>	<i>Grupo</i>	<i>Mean Rank</i>	<i>Sum of Ranks</i>
D1 (<i>Físico</i>)	Profissionais	21,15	423,00
	Amadores	19,85	397,00
D2 (<i>Psicológico</i>)	Profissionais	21,15	397,00
	Amadores	19,85	423,00
D3 (<i>Relações sociais</i>)	Profissionais	17,18	343,50
	Amadores	23,83	476,50
D4 (<i>Meio ambiente</i>)	Profissionais	19,48	389,50
	Amadores	21,53	430,50
Faceta Geral da QdV	Profissionais	19,90	398,00
	Amadores	21,10	422,00

Da análise verifica-se que não há diferenças estatísticas significativas. O teste não tem poder discriminante entre as duas populações, já que o valor de p foi superior ao ponto de corte de .05 (Tabela 3.).

Tabela 3. – Teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes

Domínios de QdV	Z	U	p (Sig)
D1 (Físico)	-,356	187,00	,722
D2 (Psicológico)	-,356	187,00	,722
D3 (Nível de independência)	-1,866	133,500	,062
D4 (Relações sociais)	-,559	179,00	,576
Faceta Geral de QdV	-,350	188,00	,726

V – Discussão

Analisando os resultados obtidos assim como a aplicação do instrumento nas duas populações, verificamos que o instrumento não é completamente adequado para aplicação na população dos atletas profissionais da mesma forma que nos atletas amadores. Da análise dos resultados podemos verificar que o desenvolvimento de um instrumento específico para avaliar a QdV nesta população será, à partida, uma necessidade, visto este na sua forma actual, não possuir capacidades discriminatórias entre os dois grupos estudados, já que o valor de p foi superior ao ponto de corte de 0.05.

Ao observar a forma como os sujeitos responderam na amostra de controlo, verificou-se que todos procuram responder com honestidade, procurando dar as suas respostas. Importa dizer que o instrumento foi auto-administrado por todos os sujeitos. Este ponto é importante quando verificamos que 75% dos sujeitos apresentavam estudos universitários como nível de escolaridade e os restantes 25% apresentavam escolaridade entre o 10º e o 12º ano. Pode-se levantar a hipótese da própria escolaridade (relativamente elevada), apresentar uma natural maior disposição para a colaboração neste tipo de estudos por parte destes sujeitos, que não tiveram qualquer dificuldade em responder e em compreender as questões do instrumento.

Quando se observa a forma como os sujeitos do grupo dos profissionais responderam, podemos verificar uma menor disponibilidade para responder. Mais uma vez, é importante sinalizar a forma de administração do instrumento. Neste caso foi necessário a administração do instrumento pelo entrevistador em 15% dos casos e com assistência do entrevistador em 10% dos casos, ou seja foi necessária uma assistência do investigador em 25% da amostra na recolha da informação. Quando cruzamos esses casos com a nacionalidade dos sujeitos, confirma-se que todos os elementos que eram provenientes de países com uma língua de expressão diferente da portuguesa necessitaram da administração do instrumento pelo entrevistador, atestando a não adequação deste a estes

indivíduos, pois a língua em que este se apresentava não era compreendida por estes. Para reforçar esta observação, aponta-se ainda o fato dos sujeitos que apresentavam nacionalidades de países de língua de expressão portuguesa (Brasil e Cabo-Verde) necessitaram da assistência do entrevistador no preenchimento do instrumento. Ou seja mesmo com uma compreensão da língua do instrumento, existiram dificuldades no preenchimento do mesmo. O próprio Grupo de QdV da OMS (World Health Organization Quality of life Group [WHOQOL Group], 1994), nas instruções do WHOQOL-Bref refere que o instrumento deve ser, sempre que possível, auto-administrado, existindo contudo instruções estandardizadas para os casos de assistência do entrevistador ou da administração feita pelo entrevistador. Foi igualmente possível observar uma resistência ao preenchimento do instrumento por parte dos sujeitos devido ao tempo que esta tarefa consumia. Mesmo a aplicação da versão curta do WHOQOL consome alguns minutos e estes indivíduos, de uma forma geral, realizaram o preenchimento sem muita atenção e procurando terminar o mais depressa possível.

Existiu ainda um outro problema na recolha dos dados. A administração do instrumento foi realizada, à semelhança da administração no grupo de controlo, no final de um treino. E se, no caso dos atletas da amostra de controlo, os sujeitos realizaram o autopreenchimento procurando responder com honestidade, no caso dos atletas profissionais, existiu, em vários sujeitos, uma tentativa de comparação de respostas com os seus colegas. Foi possível observar como alguns indivíduos respondiam em função do que os seus colegas iam respondendo. Compreendendo o ambiente competitivo em que se encontram, que se pode qualificar como altamente mediatizado, onde todos disputam por oportunidades de competição, pode-se levantar a questão se a deseabilidade social deverá ser tida em conta quando se procurar recolher informação neste tipo de populações. Responder de um modo socialmente desejável é uma das formas de enviesamento de resposta que a literatura amplamente aborda (Ackerman, 2010; Paulhus, 1991). O enviesamento das respostas é um dos maiores problemas na avaliação psicológica, sobretudo no auto-relato, onde os sujeitos reportam os seus próprios traços, atitudes e comportamentos, podendo apresentar um sistemático enviesamento de resposta, para criar uma imagem ajustada, mas “falsa” do funcionamento pessoal (Bathurst, Gottfried, & Gottfried, 1997; Holden & Passey, 2009; Paulhus, 1991; Paunonen & LeBel, 2012; Robinette, 1991; Saar, Aavik, & Konstabel, 2012; Ziegler & Buehner, 2009). É ainda interessante salientar o fato dos sujeitos desta amostra apresentarem mais indivíduos com menor escolaridade. Sendo que 25% apresentaram a escolaridade entre o 7º e o 9º ano e 10% com escolaridade entre o 5ª e o 6º ano. Este fator pode igualmente ajudar a explicar o menor grau de colaboração e envolvimento na participação da investigação quando comparados com os sujeitos da amostra de controlo.

Da análise estatística do instrumento pode-se ver que este, apresenta uma boa robustez, como demonstram os seus valores de consistência, o que poderia indicar à partida como uma boa opção para investigar a QdV neste contexto. Contudo, numa amostra pequena, observa-se imediatamente um

problema com as características da amostra pois perto de metade os sujeitos são de nacionalidades estrangeiras. Assim, usar um instrumento aferido e validado para a população nacional apresenta logo à partida um problema metodológico, como se verificou na recolha dos dados. Se se considerar que os atletas nos clubes profissionais de futebol são caracterizados por serem de diversas nacionalidades, onde, em regra, perto de metade não apresentam naturalidade portuguesa, torna-se difícil considerar correto usar um instrumento validado para uma população que não corresponde, em perto de metade dos efetivos, na caracterização da amostra. Assim, em resposta à primeira questão de investigação, o WHOQOL-bref não é um instrumento aplicável numa população de atletas de futebol profissional. Compreende-se que a amostra deste estudo se apresenta como muito pequena, não sendo possível realizar qualquer análise factorial ou realizar qualquer generalização das conclusões. Contudo se se observar esta amostra como representativa, podemos extrapolar que os problemas de recolha apresentados irão repetir-se e que o problema metodológico apresentado pelas diferentes nacionalidades deste tipo de população continuará presente. Assim fica igualmente claro que o instrumento necessita de uma validação e adaptação para este tipo de população, respondendo afirmativamente à terceira questão de investigação.

Em relação aos procedimentos que se devem usar na aplicação do WHOQOL-Bref na população de atletas de futebol profissional, importa referir que o momento da aplicação do instrumento é algo a ter em conta. A sua aplicação foi efetuada no final da época desportiva, no final de um dos últimos treinos da época, não existindo nenhum jogo nos dias seguintes.

Pela dificuldade verificada na disponibilidade dos sujeitos para realizar o preenchimento do questionário fica claro que no final dos treinos, no tempo que antecede a competição não é um bom momento para efetuar a recolha de informação, pois nesses momentos os atletas apresentam sempre o desejo de ir para casa o mais depressa possível, procurando o distanciamento de toda e qualquer distração em relação ao próximo jogo e considerando que o momento da aplicação do instrumento foi um, em que a pressão competitiva já se encontrava diminuída, pode-se extrapolar que num momento de pressão e stresse maior, a disponibilidade para colaborar na recolha de informação será ainda menor. A recolha foi efetuada nas instalações do clube, mais especificamente nos balneários. Fica igualmente claro que o veículo de distribuição do questionário (folha de papel) não será o melhor nesse momento e local, pois o espaço em questão não apresenta grandes condições para o preenchimento do questionário. O local permitiu igualmente uma considerável falta de privacidade no momento dos sujeitos responderem, levando a que vários sujeitos observassem e procurassem verificar as respostas dos colegas, condicionando, como já fora acima referido, a sinceridade suas respostas. Assim em resposta à questão de investigação, que demanda quais devem ser os procedimentos para aplicação, clarifica-se que os questionários não devem ser apresentados no final dos treinos, dentro dos balneários, sendo claro que o momento de preenchimento deverá ser fora dos dias antecedentes aos jogos. Idealmente a apresentação do questionário deverá permitir privacidade no momento do preenchimento, não sendo de excluir que o material possa ser convertido de

papel para uma forma de distribuição ou aplicação digital. Essa aplicação do instrumento nesse veículo diferente poderá facilitar a eliminar as condicionantes apresentadas no preenchimento, garantindo uma maior privacidade e uma janela temporal de preenchimento mais adequada aos sujeitos, que poderão efetuar a resposta em conforto e sem grande interferência na sua rotina quotidiana.

VI - Conclusões

A QdV apresenta-se hoje como um conceito importante e que continua a ser abundantemente explorado pela pesquisa e investigação. Contudo esta apresenta-se normalmente associada aos grupos de população que apresentam alguma forma de incapacidade. No contexto do desporto a questão da Qvd continua a ser fracamente explorada, apesar de ser um construto importante para a gestão desportiva e competitiva, podendo a medida da Qvd vir a ser um dos mais determinantes instrumentos de gestão para o sucesso competitivo. Com o presente estudo procurou-se identificar se o instrumento da OMS, que mais transversalmente é usado para a avaliação da Qvd poderia ser usado no contexto específico da população de atletas profissionais de futebol.

Através da análise, verificou-se que o instrumento não se adequa devido à heterogeneidade da amostra relativamente às nacionalidades que os sujeitos desta população apresentam. Sendo clara a necessidade de uma adaptação específica e conseqüente validação do mesmo nesta população. O reduzido número de participantes que integram as amostras constituiu uma importante limitação desta investigação. Em estudos futuros seria importante aumentar as amostras e considerar inserir como grupo de controlo, uma amostra de uma população não praticante. Seria igualmente interessante um estudo-piloto qualitativo usando a técnica de grupos focais, debatendo o conceito de QdV e a estrutura do WHOQOL-bref, seguindo os procedimentos e metodologia específica de validação apresentados pela OMS. Finalmente conclui-se que para efeitos de administração, os momentos de aplicação do instrumento e os locais onde se efetua a mesma são importantes, pois podem condicionar fortemente as respostas, sendo interessante considerar uma forma de adaptar o instrumento de forma que possa ser convertido da sua versão em papel para uma forma de distribuição ou aplicação digital, ajudando a contornar os problemas apresentados pelo local e momento de aplicação deste.

Bibliografia

- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2.^a ed.). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Bathurst, K., Gottfried, A. W., & Gottfried, A. E. (1997). Normative data for the MMPI-2 in child custody litigation. *Psychological Assessment*, 9, 205-211.

Cannavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 305-351). Coimbra: Quarteto Editora.

Cannavarro, M. C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, 77-100)

Cannavarro, M. C., Vaz Serra, A., Perreira, M. Simões, M. R., Quintais, L. Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.

Cummins, R. A. (1997). *Manual for the Comprehensive Quality of Life Scale-Student (Grades 7-12): ComQol-S5* (5th ed.). Melbourne: School of Psychology, Deakin University.

Felce, D., & Perry, J. (1993). *Refining measures of the quality of community residences for people with learning disabilities*. In D. Robbins (Ed.), *Community care: Findings from Department of Health funded research 1988-1992*. London: HMSO.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 51-74.

Fleck, M. P. A. (Ed.) (2008). *A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E. Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 178-183.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 33(2), 178-183.

Holden, R. R., & Passey, J. (2009). Social desirability. In M. R. Leary, & R. H. Hoyle. (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 441-454). New York; London: Guilford.

Lauer, G. (1999). Concepts of quality of life in mental health care. In S. Priebe, J. P. J. Oliver, & W. Kaiser (Eds.), *Quality of life and mental health care* (pp. 1-18). Petersfield: Wrihston Biomedical Publishing.

Pais Ribeiro, J. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII(2-3), 179-191.

Paulhus, D. L. (1991). Measurement and control of response bias. In J. P. Robinson, P. R. Shaver, & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitude* (pp. 17-59). San Diego: Academic Press.

Paunonen, S. V., & LeBel, E. P. (2012). Socially desirable responding and its elusive effects on the validity of personality assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(1), 158-175.

Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.

Robinette, R. L. (1991). The relationship between the Marlowe-Crowne Form C and the validity scales of MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 396-399.

Saar, K., AAvik, T., & Konstabrl, K. (2012). Using principal component scores reduces the effect of socially desirable responding. *Personality and Individual Differences*, 53, 279-283.

SESR, Scottish Executive Social Research (2005). *Quality of Life and Well-being: Measuring the Benefits of Culture and Sport: Literature Review and Thinkpiece*. Edinburgh: Scottish Executive Education Department.

Skevintoon, S. M., Lotfy, M., & O'Connel, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial – A report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 199-310.

Stenner, P. H., Cooper, D., & Skevington, S. M. (2003). Putting the Q into quality of life: The identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science & Medicine*, 57, 2161-2172.

Szabo, S., Orley, J., & Saxena, S. (1997). An approach to response scale development of cross-cultural questionnaires. *European Psychologist*, 2(3), 270-276.

World Health Organization Quality of Life Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

World Health Organization Quality of Life Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.

World Health Organization Quality of Life Group. (1998a). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.

World Health Organization Quality of Life Group. (1998b). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Ziegler, M., & Buehner, M. (2009). Modeling socially desirable responding and its effects. *Educational and Psychological Measurement*, 69(4), 548-565.

Anexo

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever		
Sabe ler e/ou escrever		
1 ^o -4 ^o anos		
5 ^o -6 ^o anos		
7 ^o -9 ^o anos		
10 ^o -12 ^o anos		
Estudos Universitários		
Formação pós-graduada		

A5 Profissão

A6.1 Freguesia	<input type="text"/>
A6.2 Concelho	<input type="text"/>
A6.3 Distrito	<input type="text"/>

A7 Estado Civil		
Solteiro(a)		
Casado(a)		
União de facto		
Separado(a)		
Divorciado(a)		
Viúvo(a)		

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5